

CHAPITRE CINQUIÈME.

ULCÈRE PERFORANT DU DUODÉNUM.

Dans le duodénum, surtout dans sa partie horizontale supérieure, on rencontre une forme d'ulcère qui, sous le rapport de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et en grande partie de la symptomatologie, est complètement analogue à l'ulcère rond de l'estomac. Il est probable que le plus souvent cet ulcère résulte également de l'influence qu'exerce sur la muqueuse duodénale le suc gastrique acide, agissant dans les conditions que nous avons décrites à propos de l'étiologie de l'ulcère de l'estomac. Signalons encore, comme un fait digne de remarque, qu'à différentes reprises on a observé l'ulcère du duodénum (rarement de l'estomac), à la suite de *vastes brûlures de la surface cutanée*. En ce cas l'ulcère tient peut-être à une obstruction embolique d'un vaisseau duodénal par des masses sanguines désagrégées.

L'ulcère duodénal est beaucoup plus rare que l'ulcère rond de l'estomac. Il est à noter qu'à la différence de ce dernier, il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Maintes fois l'ulcère du duodénum évolue sans provoquer de symptômes et ne se révèle que par une *hémorragie* subite (érosion d'une artère pancréatico-duodénale, gastro-duodénale, etc.) accompagnée d'hématémèse et de selles sanguinolentes ou par les signes soudains d'une *péritonite par perforation*. Dans d'autres cas, on a devant soi pendant un temps considérable un tableau morbide dont tous les symptômes reproduisent si fidèlement ceux de l'ulcère de l'estomac, que le diagnostic positif entre ces deux formes d'ulcère est presque impossible du vivant du malade. En cas d'ulcère du duodénum, on voit prédominer des douleurs continues ou névralgiques qui ont leur siège dans l'hypocondre droit. Des symptômes gastriques plus graves, surtout le *vomissement*, sont plus rares dans l'ulcère du duodénum que dans celui de l'estomac. L'état général et les fonctions nutritives peuvent pendant longtemps être parfaitement intacts.

La terminaison de l'ulcère du duodénum, c'est la guérison par cicatrisation ou la cicatrisation avec rétrécissement et dilatation secondaire du segment stomacal du duodénum et puis de l'estomac. En ce qui concerne les adhérences éventuelles et les perforations de l'ulcère dans les organes voisins, nous pouvons renvoyer à la description de l'ulcère de l'estomac.

Le *traitement*, surtout en cas de diagnostic douteux, doit se guider d'après les règles fondamentales applicables au traitement de l'ulcère de l'estomac.

CHAPITRE SIXIÈME.

TUBERCULOSE DE L'INTESTIN.

La tuberculose de l'intestin est le plus souvent une *maladie secondaire* faisant partie d'une tuberculose répandue sur une plus grande partie du corps. Elle se développe d'ordinaire au cours d'une tuberculose chronique du poumon et tient alors, comme nous l'avons vu, à une infection de l'intestin par les crachats tuberculeux que le malade avale.

La tuberculose intestinale peut néanmoins être une *maladie primitive* et constituer le point de départ de la dissémination ultérieure de la tuberculose par tout l'organisme. C'est chez les enfants surtout que la « *tuberculose des organes abdominaux* » qui a son origine habituelle dans l'intestin, présente de l'intérêt clinique. Il n'est pas improbable que dans des cas de cette nature le germe infectieux émane originairement de l'intestin et que le poison tuberculeux a été introduit dans l'organisme avec les aliments (nous visons en particulier le lait de vaches pommelières, c'est-à-dire tuberculeuses).

Les *altérations anatomiques* dans la tuberculose intestinale sont complètement analogues aux lésions tuberculeuses des autres membranes muqueuses. La néoplasie tuberculeuse débute le plus souvent dans l'appareil lymphoïde de l'intestin, dans les follicules solitaires et dans les plaques de PEYER. Les premiers tubercules miliaires se forment sous l'épithélium et en se fusionnant ne tardent pas à constituer une infiltration tuberculeuse diffuse. Dans la suite, cette infiltration s'étend de plus en plus en largeur et en profondeur, de manière à imprégner le tissu sous-muqueux et musculaire jusqu'à la séreuse; d'autre part se développent les *ulcérations tuberculeuses* résultant du travail destructif qui s'empare de la surface du néoplasme et marche également d'une façon progressive. Au fond et sur les bords infiltrés de l'ulcère, et notamment quand il s'agit d'ulcères profonds, aux endroits de la séreuse qui leur correspondent on voit souvent à l'œil nu des tubercules miliaires isolés ou réunis en groupe. La configuration des ulcères tuberculeux de grande dimension est parfois irrégulière; fréquemment le grand axe de l'ulcère est parallèle à la circonférence de l'intestin, de manière à décrire un cercle, *forme annulaire* qui est spécialement caractéristique de la tuberculose.

Les ulcères tuberculeux siègent aussi bien dans l'intestin grêle que dans le gros intestin. La région de la valvule iléo-cœcale est leur lieu de prédilection. Dans l'estomac ils sont extrêmement rares. Très souvent la tuberculose intestinale est accompagnée de *tuberculose des ganglions mésentériques*, parfois aussi de *tuberculose du péritoine*.